

**NOTIFICACION ACERCA DEL LIMITE DE TIEMPO
DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA DE
OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y
RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CalWORKs)
- MES NUMERO 54 RECIBIENDO ASISTENCIA**

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	OTRO NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

¿Preguntas? Comuníquese con su trabajador.

ESTA NOTIFICACION LE DA INFORMACION ACERCA DEL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CalWORKs

A partir de _____, el Condado determinó que usted, _____, ha recibido un total de **54 meses** del límite de tiempo de 60 meses para recibir asistencia monetaria de CalWORKs una sola vez en la vida.

(FECHA)

(NOMBRE)

Es posible que usted sea elegible para recibir asistencia durante 6 meses más a partir de esa fecha.

COMUNIQUESE CON SU TRABAJADOR INMEDIATAMENTE SI USTED:

- No está de acuerdo con el Condado.
- Está o estuvo exento del límite de 60 meses de CalWORKs y no ha solicitado una exención.
- Necesita más información acerca de los meses que ha recibido asistencia.
- Necesita más información acerca de los requisitos, exenciones, o cómo solicitar una exención en relación al límite de 60 meses de CalWORKs.

También recibirá una notificación de acción (NOA) que le indicará cuando llegue al límite de 60 meses de recibir asistencia monetaria de CalWORKs una sola vez en la vida.